



DEMANDE D'AMENAGEMENT DU POSTE DE TRAVAIL
Année scolaire 2025-2026

NOM :	Prénom :
Date de naissance :	Discipline :
Grade :	Établissement de rattachement (pour les TZR et ZIL) :
Affectation actuelle :	
Avez-vous une RQTH (Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé) ? : ☐ Oui (précisez les dates) ☐ Non ☐ Dépôt en cours Date d'accusé réception de la demande par la MDPH:	
Adresse personnelle :	Téléphone : E-mail :

☐ **Allègement de service :**

Avez-vous déjà demandé à bénéficier d'un allègement de service ? Oui – Non Date(s) :

- Pour le 2nd degré, précisez la quotité demandée :
- Pour le 1^{er} degré uniquement indiquer le jour demandé :

Motif de la demande d'allègement :

☐ **Aménagement d'emploi du temps :**

Avez-vous déjà demandé à bénéficier d'un aménagement d'emploi du temps ? Oui – Non Date(s) :

Précisez votre demande :

☐ **Salle adaptée et/ou équipement adapté :**

Avez-vous bénéficié d'un aménagement pour l'année scolaire en cours ? Si oui, lequel ?

Précisez votre demande :

☐ **Aide humaine :**

Avez-vous bénéficié d'un aménagement pour l'année scolaire en cours ? Si oui, lequel ?

Précisez les missions :

Avez-vous bénéficié d'un aménagement pour l'année scolaire en cours ? Si oui, lequel ?

Fait à _____, le _____

Signature de l'intéressé(e) :

Avis circonstancié du supérieur hiérarchique sur la demande* :

Nom et signature du supérieur hiérarchique :

* Le supérieur hiérarchique précise les contraintes du service qui pourraient avoir une conséquence sur les heures d'allègement à octroyer, sur la faisabilité de l'aménagement d'emploi du temps ou sur la compatibilité de la demande avec la configuration des locaux.

Imprimé à adresser **pour le mercredi 5 mars 2025 délai de rigueur** aux services compétents mentionnés dans la circulaire.

Les plis confidentiels avec la copie de la RQTH en cours de validité et les documents ou certificats médicaux sont adressés exclusivement par courrier au médecin du travail à la DSDEN 2A.